

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 janvier 1900, à 1 heure

Par J. FURBURY

Né à Maleville (Aveyron) le 7 mars 1872

ÉTUDE SUR LES
RUPTURES TRAUMATIQUES
DE LA VESSIE
ET LEUR TRAITEMENT

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : } MM. BRISSAUD, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et LEGUEU, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



180

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

081



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 janvier 1900, à 1 heure

Par J. FURBURY

Né à Maleville (Aveyron) le 7 mars 1872

ÉTUDE SUR LES

RUPTURES TRAUMATIQUES

DE LA VESSIE

ET LEUR TRAITEMENT

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges } MM. BRISSAUD, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et LEGUEU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

Prêtre de l'Oratoire.

Témoignage de profonde reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUGLÉ

Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie des sciences.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE SUR LES
RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA VESSIE
ET LEUR TRAITEMENT

DÉFINITION ET INTRODUCTION

Les ruptures traumatiques de la vessie sont des solutions de continuité des parois de cet organe, produites par une exagération de pression intérieure qui, elle-même, est due à une violence extérieure.

Nous laisserons de côté par conséquent dans ce travail toutes les plaies et perforations de la vessie, les ruptures pathologiques qui sont le mode de terminaison des ulcérations et de la gangrène de cet organe et les ruptures spontanées ou auto-ruptures (Guyon) aujourd'hui admises par tout le monde, bornant notre étude, de propos délibéré, aux solutions de continuité des parois vésicales consécutives à un traumatisme ; mais à un *traumatisme sans plaies des parties molles périphériques*.

Notre sujet étant ainsi bien délimité, nous allons revoir en quelques mots l'histoire des ruptures traumatiques de la vessie, puis, nous passerons en revue, d'une façon sommaire, l'étiologie, l'Anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic de ce traumatisme pour nous arrêter un peu plus longuement sur les indications opératoires et la technique de l'intervention qui est pour nous le traitement de choix, bien qu'on ait cité, et nous-même en rapportons, des observations de guérison spontanée. Nous résumerons enfin les cas de ruptures traumatiques de la vessie, tant intra-péritonéales qu'extra-péritonéales, qui ont été publiées en France et à l'étranger depuis 1888 et qui n'ont pas paru dans des thèses inaugurales et à ces cas, peu nombreux, il est vrai, nous en ajouterons un d'absolument inédit que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Bouglé.

Mais avant d'aborder notre sujet il nous reste un devoir à remplir :

Arrivés au terme de nos études médicales et sur le point de quitter l'Ecole de Médecine de Paris, nous avons à cœur de remercier tous ceux de nos maîtres qui, avec autant de bienveillance que de dévouement, ont bien voulu se charger de notre éducation médicale : la tradition nous y autorise et nous n'avons garde de laisser échapper cette occasion de leur témoigner publiquement et notre estime et notre reconnaissance.

A la mémoire de M. le Dr Ferrand, qui fut notre premier maître en médecine, nous rendons un pieux hommage de reconnaissance.

Que MM. les docteurs Polaillon et Monod dont nous avons longtemps fréquenté les services, reçoivent ici nos meilleurs remerciements.

A M. le Dr Letulle, dont nous avons été l'élève, nous exprimons toute notre gratitude pour les nombreuses marques d'intérêt qu'il nous a données.

A M. le Dr Thoinot pour la bienveillance qu'il a mise à nous fournir les renseignements relatifs à l'autopsie du malade qui est l'objet de notre observation personnelle et à M. le Dr Comby pour ses excellentes leçons de clinique et de thérapeutique infantiles dont il nous a fait bénéficier dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades, nous offrons nos remerciements.

Que M. le Dr Maygrier, qui nous initia à la pratique des accouchements et nous fit profiter des leçons de sa grande expérience, soit persuadé de notre reconnaissance.

A M. le Dr Bouglé, chirurgien des hôpitaux, nous tenons à exprimer tout particulièrement notre reconnaissance. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail et nous le prions d'agréer nos meilleurs remerciements pour les conseils et les nombreuses indications qu'ils nous a donnés avec autant de bienveillance et de bonne grâce que de science éclairée.

Que M. le professeur Lannelongue, enfin, nous permette de lui témoigner toute notre gratitude, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Dans l'antiquité, Hippocrate, Celse, Galien et tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont confondu, jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, les ruptures de la vessie avec les différentes plaies de cet organe. Pour eux, à l'exception de Galien qui admet, mais sans y croire beaucoup, la possibilité de la guérison, le traitement est impuissant et le vieil adage hippocratique : « *cui persecta vesica, lethale* », est l'énoncé d'une règle qui ne souffre pas d'exceptions.

Théophile Bonnet, Chopart, Desault, Boyer, Percy, Dupuytren, rapportent des observations de rupture de la vessie ; mais en petit nombre.

Velpeau fait la remarque que tous les blessés avaient la vessie pleine au moment de l'accident et cette remarque est confirmée, quelques années plus tard, par Laugier qui admet de plus que le promontoire joue un grand rôle dans la production et le siège de la rupture. Mais pour lui, comme pour les autres d'ailleurs, celle-ci est toujours mortelle, et il conteste même l'utilité de placer une sonde à demeure.

Vidal de Cassis, en 1855, décrit le premier les causes et symptômes des ruptures vésicales et en rap-

porte deux observations ; mais il ne croit pas non plus à la possibilité de la guérison.

Dans sa thèse d'agrégation, en 1857, Houel rapporte 47 observations de rupture. Il ne croit pas que la guérison soit possible quand la rupture est intra-péritonéale et ne conseille pas la suture de la vessie, préconisée, en 1826, par Pinel-Grandchamp et avant lui, en 1789, par Bell. Il reconnaît cependant « qu'il serait intéressant de faire sur ce point de nouvelles recherches ».

Legouest, en 1872, conseille, dans les cas de rupture ne communiquant pas avec l'extérieur « d'ouvrir l'abdomen par une incision analogue au premier temps de la taille sus-pubienne, puis, au moyen d'une seringue, d'aspirer le liquide épanché et de pousser dans le péritoine des injections d'eau tiède qui sont reprises par le même moyen ».

En 1878, Bartells publie un travail complet sur les ruptures de la vessie en général et rapporte 95 cas de rupture intra-péritonéale. Mais valait-il mieux suturer que drainer la plaie vésicale ? Les belles expériences de Vincent, parues en 1881 dans la *Revue de chirurgie* et reproduites dans la thèse de son élève Maltrait plaident en faveur de la suture et avec les nouvelles méthodes antiseptiques, non seulement on ne discute plus l'utilité de l'intervention, mais on publie des cas de guérison.

C'est ainsi que Weir, en 1883, fait paraître des remarques sur les ruptures de la vessie en général, publie un cas de guérison qu'il a obtenue par l'uré-

throtomie et le drainage et conseille la laparotomie avec suture dans tous les cas de rupture intra-péritonéale.

En 1888, M. Blum rapporte une observation, avec guérison après intervention, reproduite dans la thèse de son élève Lesur, et conclut à la laparotomie dans tous les cas de rupture de la vessie.

Sieur, en 1894, publie dans les *Archives générales de Médecine* une étude très intéressante sur le traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie et conclut que l'intervention chirurgicale est nécessaire, quelle que soit la variété de la rupture, et que la période vraiment opératoire, celle qui permet de pallier aux dangers d'une hémorrhagie et d'une intoxication urineuse subaiguë, est extrêmement courte.

En 1895, Stubenrauch fait paraître le résultat des expériences qu'il a faites pour déterminer le mécanisme des ruptures vésicales et montre que la déchirure ne se produit que lorsque la vessie oppose son état de plénitude à l'agent traumatique, qu'elle se produit toujours aux points les plus faibles de l'organe, et qu'elle a toujours lieu de dedans en dehors, commençant par la muqueuse pour gagner ensuite la musculieuse et finir par la séreuse.

Malherbe, au X^e Congrès français de chirurgie, en 1896, rapporte un cas de plaie de la vessie.

Raymond Petit, interne de M. Le Dentu, publie, en 1897, un cas de rupture extra-péritonéale avec guérison, obtenue après intervention.

G. del Grecco, en 1898, relate un cas de guérison

de rupture intra-péritonéale et enfin, en 1899, Lohéac à la Société anatomo-clinique de Lille et Drappier, dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, rapportent chacun un cas de rupture traumatique ; tandis qu'à Paris, à la Société de Chirurgie, Picqué, au nom de M. Delamarre, et Sieur font connaître, chacun de leur côté, un cas de rupture de la vessie avec guérison spontanée et Berndt, en Allemagne, publie le résultat de ses recherches expérimentales sur la rupture de la vessie et le cas d'une jeune fille de 7 ans, guérie après laparotomie.

ÉTIOLOGIE

Il faut distinguer dans l'Étiologie des ruptures de la vessie des causes prédisposantes et des causes efficientes. Parmi les premières, les unes sont de peu d'importance : ce sont celles qui tiennent au pays, à l'âge, au sexe ; les autres sont plus intéressantes ; ce sont celles qui tiennent à l'état de la vessie au moment où se produit l'accident.

Beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (90 pour 100, d'après Tuffier) et à la période active de la vie, à cause de la nature des occupations, les ruptures sont également plus fréquentes en Angleterre et en Allemagne que chez nous, à cause, disent les auteurs, de l'usage des boissons alcooliques et de l'habitude des sports violents. Si nous étudions, en effet, les conditions dans lesquelles se trouve la vessie au moment du traumatisme, nous constatons que dans la plus grande partie des cas les deux facteurs : alcoolisme et réplétion de l'organe se trouvent réunis. Or, depuis Velpeau, tous les auteurs ont considéré la réplétion de la vessie comme une cause tellement prédisposante que nous serions tentés d'aller plus loin et d'en faire une cause nécessaire ; car, lorsque des ruptures se produisent sur des vessies vides, la lésion vésicale s'accompagne de tels désordres du côté du

bassin que dans ces cas on a plutôt affaire à une déchirure ou à une perforation qu'à une véritable rupture ; le résultat néfaste de cette surdistension s'expliquant d'ailleurs d'autant plus facilement par ce fait que la cavité vésicale est alors transformée en corps résistant qui vient se montrer au-dessus du pubis, s'offrant, pour ainsi dire, d'elle-même aux chocs et aux pressions par la saillie globuleuse qu'elle fait à la région hypogastrique.

Or, toutes ces conditions se trouvent pleinement réalisées dans l'alcoolisme. L'ivresse, en effet, n'agit pas seulement par la quantité de liquide ingéré, ni par l'action souvent diurétique des boissons spiritueuses ; elle agit encore en atténuant le besoin d'uriner et en permettant ainsi à l'individu de conserver dans sa vessie, sans s'en apercevoir, une grande quantité d'urine et en rendant, d'autre part, les accidents plus fréquents, parce qu'elle enlève à l'homme la conscience de ce qu'il fait et l'usage normal de ses sens. De plus, l'alcool a sur le muscle une action physiologique toute particulière : il diminue considérablement sa force élastique, le prédisposant ainsi à se rompre. Quant à l'alcoolisme chronique, il a sur la vessie la même action nocive que sur les autres organes. Aussi ne sera-t-on pas surpris de voir que dans le plus grand nombre des observations publiées les blessés avaient fait, avant leur accident, de copieuses libations et étaient coutumiers de cette pratique.

Nous signalerons enfin, bien que cela ne rentre pas directement dans notre sujet, comme causes qui favo-

risent la rupture : l'amaicissement des parois vésicales par distension et par ulcération, les cellules et les poches vésicales et enfin l'hypertrophie des parois qui sont souvent accompagnées de contractions spasmodiques capables, suivant Guyon, de produire une déchirure.

La rétention urinaire, qu'elle soit le fait d'un rétrécissement de l'urèthre, d'une hypertrophie de la prostate, d'une rétroversion utérine, d'une grossesse, d'une tumeur ou de tout autre cause, favorise également la rupture ; mais ce n'est pas, comme quelques auteurs l'ont avancé, en s'opposant à la sortie de l'urine, au moment du traumatisme, que ces différentes causes agissent : l'urèthre ne joue jamais, dans ces cas, le rôle de soupape de sûreté. « *Frappée, la vessie se rompt, sans que le sphincter cède* », comme le dit Bartells.

Quant aux causes déterminantes ou efficientes des ruptures de la vessie, les seules qui nous intéressent ici sont celles qui proviennent par cause directe ou indirecte, ou encore par contracture. Le mécanisme de la rupture est, d'ailleurs, le même dans tous les cas et si nous étudions ce mécanisme, nous voyons que la *puissance* est représentée tantôt par le poids et la vitesse de chute du sujet, quelquefois par la force vive d'un corps vulnérant ; plus rarement enfin par la pression lente d'un corps pesant qui vient écraser le patient.

Sous l'influence du choc, la vessie cherche à fuir ; mais elle trouve un *point d'appui* naturel soit, en arrière, sur le promontoire, soit sur le plancher pelvien,

soit enfin, en avant, sur la symphise pubienne. Les conditions nécessaires à la rupture vésicale sont alors remplies : le réservoir est pris entre une force vive et un point d'appui. Quant à la *résistance* ; elle est constituée par la sangle musculo-aponévrotique des parois abdominales, et par les parois de la vessie ; mais la défense constituée par les muscles de l'abdomen peut être prise en défaut et dans tous les cas, elle n'est efficace que si la vessie n'est pas très distendue. Quant à la pression nécessaire pour faire éclater la vessie, les auteurs ne sont pas d'accord. Quoiqu'il en soit, le mécanisme de la rupture est toujours le même ; sous l'influence de la pression produite par un choc quelconque, le liquide tend à fuir vers l'urèthre, mais avant que le sphincter puisse céder, et nous savons qu'il ne peut s'ouvrir instantanément, le liquide exerce une pression de dedans en dehors, et la fait céder au point faible. Et nous verrons, en traitant de l'anatomie pathologique, que ce point faible, variable, d'ailleurs, avec les individus, est, en général, situé au niveau de la face postérieure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des ruptures de la vessie a démontré depuis longtemps que l'ancienne division de Dupuytren en *ruptures complètes* et *incomplètes* ne répondait nullement à la réalité des faits. La séreuse péritonéale peut bien sans doute, dans certains cas, présenter des éraillures ; mais ces éraillures sont toujours placées au niveau d'une rupture complète et lui sont rattachées par un véritable pont séreux, décollé par la force de projection du liquide urinaire au moment du traumatisme.

Mais si nous étudions les rapports qu'affecte le péritoine avec la vessie à l'état de réplétion, seul cas qui nous intéresse ici, voici, d'après Testut, ce que nous trouvons : « Lorsque la vessie est distendue, dit-il, le péritoine descend tout d'abord jusque sur la partie moyenne de l'anse que forme l'ouraque ; puis, il remonte avec la partie ascendante de ce cordon jusqu'au sommet de la vessie, pour descendre alors sur sa face postérieure. La séreuse forme ainsi, en avant de la vessie, un cul-de-sac à concavité supérieure : c'est *le cul-de-sac prévésical* et ce cul-de-sac est d'autant plus profond que le réservoir urinaire a acquis un volume plus considérable. »

La face postérieure est totalement recouverte par le péritoine. Quant aux faces latérales, elles sont en partie recouvertes et en partie découvertes de séreuse. Celle-ci ne revêt pas tout à fait la moitié supérieure de la face latérale de la vessie : elle forme sur cette face une limite bien tranchée et présente un bord légèrement curviligne, obliquement dirigé en bas et en arrière. Ainsi donc l'organe rempli présente des portions recouvertes et d'autres non recouvertes par le péritoine.

On conçoit donc l'existence de ruptures intéressant ou non la grande séreuse : De là cette division en ruptures *intra-péritonéales* et *extra-péritonéales*.

Quant à la fréquence relative de ces deux variétés, toutes les statistiques sont en faveur des premières. C'est ainsi que :

Rivington	donne	une	moyenne	de	90	pour	100
Fenwich	—	—	—	—	88	pour	100
Bartells	—	—	—	—	59	pour	100
Ullman	—	—	—	—	85	pour	100

Et si nous recherchons la raison de cette fréquence des ruptures intra-péritonéales, nous en trouvons une explication très plausible dans ce fait que le traumatisme arrivant sur la région hypogastrique trouve un organe tout préparé et recouvert par la séreuse dans presque toute son étendue.

Le siège de la rupture est variable ; mais on peut dire qu'il coïncide assez exactement avec une cause déterminée : C'est ainsi que les ruptures en haut et en arrière sont dues à des traumatismes directs ; les

ruptures en arrière et en bas se rencontrent surtout dans les ruptures spontanées : enfin, dans les cas de fracture du bassin, la rupture est le plus souvent extra-péritonéale, dans une proportion de 76 pour 100, d'après Tuffier.

L'étendue de la rupture n'est pas moins variable (de 1 à 5 jusqu'à 12 centimètres) : elle est verticale ou oblique, quelquefois transversale et le plus souvent unique. Des trois tuniques, c'est la séreuse qui se rompt sur la plus grande étendue et le plus souvent les bords de la plaie sont déchiquetés, irréguliers : on les a même trouvés gangrenés, dans quelques cas où on était intervenu tardivement.

A l'autopsie il arrive assez souvent qu'on ne trouve pas trace de péritonite. La mort doit être attribuée, dans ces cas, à l'arrêt des échanges nutritifs par inhibition des extrémités du grand sympathique (Brown-Séquard) et l'absence de réaction inflammatoire est due à l'innocuité du liquide urinaire.

Il résulte, en effet, des expériences de Strauss et de Tuffier que :

1° Sur le péritoine, l'urine aseptique, le mélange de sang, d'urine et d'ammoniaque aseptique sont sans action, si on procède par injections successives. Mais si on assure un écoulement continu de l'urine même aseptique dans le péritoine, on provoque inmanquablement de la péritonite et la mort.

2° Sur les tissus, le contact de l'urine aseptique n'empêche nullement la réparation de se faire et une plaie vésicale suturée se répare en cinq à dix jours, non

suturée, elle exige quinze jours. Le processus réparateur n'est donc nullement entravé ; mais il faut « que la suture soit hermétique ou ne soit pas » (Guyon), sinon le contact prolongé et renouvelé de l'urine amènera une entéro-péritonite mortelle due, d'après Strauss, à la pénétration des microbes de l'intestin à travers les parois intestinales irritées par l'urine. Ces expériences nous enseignent donc que, dans les cas de rupture de la vessie, il faudra soustraire aussitôt que possible le péritoine à l'action nocive de l'urine, et que la suture vésicale est préférable :

1° Parce qu'elle n'entrave en rien le processus de réparation.

2° Parce que la réparation se fait plus rapidement avec la suture.

Il n'est pas rare encore de trouver, soit au cours de l'opération, soit à l'autopsie, de nombreux caillots sanguins. Cette hémorrhagie est pour le malade une cause puissante d'affaiblissement et, dans bien des cas, la mort peut lui être imputée.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES RUPTURES TRAUMATIQUES

Les symptômes que peut présenter un blessé atteint de rupture de la vessie sont de deux ordres : les uns, dits *symptômes généraux*, tiennent au *shock* et dépendent de la violence du traumatisme et des complications qui peuvent accompagner la lésion vésicale ; les autres, ou *symptômes particuliers*, se rattachent directement à la rupture de la vessie et varient même, suivant que cette dernière est *intra* ou *extra-péritonéale*.

Symptômes généraux. — L'ensemble des troubles nerveux, circulatoires et respiratoires que l'on désigne communément sous le nom de *shock*, et que Gubler, a décrits sous le nom de *péritonisme*, peuvent s'observer aussi bien dans la contusion simple que dans la contusion compliquée de fracture. Ils dominent souvent toute la scène, et le malade, sous l'influence du choc et de l'alcoolisme, ne peut répondre au chirurgien. La plupart du temps le blessé n'a pu se relever ; mais ce n'est pas là une règle absolue ; car dans plusieurs observations, on voit qu'il a pu regagner à pied son domicile, et les accidents ne se sont déclarés que le lendemain. La station debout est impossible. Le malade est

couché, les traits pâles et altérés ; l'expression de sa face est anxieuse, la peau terreuse, la langue sèche. Le pouls est petit, filiforme ; la respiration superficielle, difficile, précipitée : le tout dû à une violente action inhibitrice sur le pneumogastrique ; l'anéantissement et l'inconscience sont fréquents. Souvent encore on constate un abaissement de la température tel qu'il a été comparé au *refroidissement cholérique*. L'intensité de cette hypothermie à peu près constante est d'ailleurs variable ; mais elle peut être suffisante pour entraîner la mort subite sans lésions viscérales. Parfois, à l'instant du choc, les malades ont éprouvé une sensation spéciale ; ils déclarent avoir senti une déchirure se faire dans le ventre, à l'estomac, au cœur. Quelques-uns déclarent « avoir reçu le coup de la mort ».

2° *Symptômes locaux*. — En présence d'un malade qui vient de subir un traumatisme à la région hypogastrique et est atteint d'une rupture de la vessie, le chirurgien cherchera en vain la saillie du globe vésical distendu et cette recherche réveillera toujours au niveau de l'hypogastre une douleur intense qui s'irradie ensuite dans tout l'abdomen, devenu dur et tendu. A cette douleur qui s'accroît à mesure qu'augmente l'infiltration d'urine et oblige parfois le blessé à prendre les positions les plus bizarres, s'ajoute constamment un impérieux besoin d'uriner, un ténesme vésical, qui n'aboutit pas dans l'immense majorité des cas. Assez souvent il existe des ecchymoses, de la tuméfaction ; mais elles peuvent manquer.

Cette impossibilité absolue de satisfaire le besoin

d'uriner oblige le chirurgien à recourir au cathétérisme. Celui-ci, en général facile, devra toujours être fait au début avec un cathéter métallique, en s'entourant, bien entendu, de toutes les précautions antiseptiques habituelles; car il permet, seul, dans certains cas, d'éviter certaines causes d'erreur.

La rétention d'urine peut, en effet, tenir à d'autres causes qu'à la rupture de la vessie et il faut les différencier.

1° Une esquille peut comprimer le canal; mais dans ce cas, on sent le globe vésical et la sonde métallique donne la sensation d'un corps dur. On peut même, à l'aide du doigt dans le rectum, déplacer les fragments, permettre le cathétérisme et constater l'absence d'hématurie.

2° L'ébranlement des viscères et la déchirure des nerfs des troncs sacrés peuvent amener une paralysie vésicale; mais la vessie est alors distendue par l'urine et ne contient pas de sang.

3° Il en serait de même pour un épanchement péri-urétral comprimant le canal.

4° Le cathétérisme peut rester sans résultat: c'est qu'alors la sonde est rentrée ailleurs que dans la vessie et le toucher rectal permet de s'en assurer; ou bien il y a anurie réflexe, phénomène depuis longtemps signalé par M. Panas.

La quantité d'urine retirée est, en général, faible et le liquide est sanglant, quelquefois même la sonde ne ramène que du sang presque pur et son abondance peut, dans certains cas, créer un danger immédiat

pour le blessé ; mais cette hématurie peut être aussi bien rénale et uréthrale que vésicale. Il faut donc les distinguer entre elles :

L'hématurie rénale se caractérise par le siège de la douleur dans la région rénale et le siège de l'infiltration urineuse au début.

Souvent elle est intermittente. L'urine est de couleur rouge obscur avec grumeaux couleur chocolat. Les caillots expulsés reproduisent la forme de l'uretère et le microscope dénote les moules des tubes du rein dans l'urine.

L'hématurie uréthrale se fait constamment par le méat et sans interruption pendant plusieurs heures. Elle s'arrête spontanément et reparaît de même après la miction.

De plus, l'infiltration se fait au périnée, dans les fosses ischio-rectales si la portion membraneuse est lésée ; en avant de l'anus, vers le scrotum, si la lésion est plus avant.

On doit également noter avec soin la façon dont se fait l'écoulement ; car, en cas de rupture, la force de projection de l'urine est plus faible que normalement et le jet augmente d'intensité pendant l'inspiration.

Guyon a encore signalé un phénomène qui, lorsqu'il est constaté, peut fournir un signe précieux de diagnostic. A la suite d'une injection on peut voir apparaître, dans certains cas, le globe vésical à l'hypogastre ; mais il ne tarde pas à disparaître, le liquide fusi-

A ces symptômes du début peuvent venir s'en adjoin-

dre d'autres, à titre de complication : le traumatisme qui a produit la rupture de la vessie a pu produire en même temps une fracture du bassin, et particulièrement du pubis ; or, le diagnostic de ces fractures est important au point de vue du traitement ; car il peut dicter au chirurgien le procédé à employer pour la cure de la rupture vésicale.

En même temps, on peut constater d'autres lésions : déchirures des organes thoraciques et abdominaux, des vaisseaux, des muscles, etc...

Et enfin, complication fréquente autant que redoutable, si l'on n'intervient pas, infiltration d'urine et péritonite consécutive se manifestant par ses symptômes habituels : douleur intense dans le ventre, ballonnement, facies grippé, vomissements porracés, etc...

Diagnostic. — Les deux questions qui se posent sont les suivantes :

La vessie est-elle rompue et, s'il y a rupture, celle-ci est-elle intra ou extra-péritonéale ? La réponse est parfois difficile et cependant il y a un intérêt majeur à porter un diagnostic rapide. Pour résoudre le problème, on s'appuiera :

1° sur les commémoratifs ; (circonstances de l'accident, état d'ivresse, etc...)

2° sur le siège de la douleur ;

3° sur l'hypothermie ;

4° sur la rétention d'urine et le ténésme vésical ;

5° sur l'absence du globe vésical ;

6° sur le cathétérisme enfin (peu ou point d'urine sanglante, sang pur.)

La coexistence de fractures du bassin et l'infiltration d'urine rapide feront, en l'absence de symptômes généraux graves, penser à une rupture extra-péritonéale ; tandis que un refroidissement très prononcé, la douleur généralisée à tout l'abdomen et la péritonite suraiguë rapide feront songer à une rupture intra-péritonéale.

Il existe bien un autre moyen de diagnostic des ruptures de la vessie, pathognomonique même en quelque sorte ; c'est l'injection intra-vésicale :

Si l'organe est rompu la sonde ne ramènera, au bout d'un instant, qu'une faible partie du liquide injecté. Et s'il s'agit d'une rupture intra-péritonéale, on pourra injecter un, deux, trois litres même de liquide qui gagnera les parties déclives du corps et variera avec les différentes postures indiquées au patient ; tandis que s'il s'agit d'une rupture extra-péritonéale la quantité de liquide injecté sera bien moins considérable et il ne se produira pas d'ascite. Mais est-on autorisé à recourir à ce moyen pour asseoir le diagnostic ?

A la réunion libre des chirurgiens de Berlin, en 1891, Weir et Hahn ont répondu par l'affirmative, tandis que, Briddon fait remarquer « que dans le cas de rupture communiquant avec le péritoine, on risque fort d'augmenter les chances d'infection. » L'urèthre, en effet, peut être infecté et le courant liquide repousserait alors dans le péritoine le pus et les bactéries du canal. Toutefois ; et malgré ces dangers, nous croyons que, dans certains cas douteux, le chirurgien ne devra pas négliger ce moyen de diagnostic ; mais ce moyen doit être exceptionnel à cause de ses dangers.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. TECHNIQUE

Existe-t-il des cas où l'intervention chirurgicale doit être repoussée et quelles en sont les causes ?

Tout au début, l'intensité du shock peut obliger à retarder l'opération. De même l'hypothermie trop prononcée ; car on sait que tout abaissement un peu notable de la température est une contre-indication formelle aux opérations chirurgicales, de quelque nature qu'elles soient. Le premier soin, en pareil cas, devra être de parer aux phénomènes de choc, et de relever la température. Plus tard enfin, quand le malade est dans le collapsus, qu'il est cyanosé, anurique et froid, la mort est inévitable et l'intervention n'aurait guère d'autre chance que celle de précipiter le dénouement fatal ; mais en dehors de ces cas, et quelle que soit la variété de rupture, il faut se hâter d'intervenir. Il résulte, en effet, des expériences de Vincent, que l'intervention, pour être efficace, doit être hâtive et les faits cliniques confirment les faits expérimentaux, ainsi que cela résulte du tableau suivant emprunté à Sieur (*Arch. génér. de médec.*, février 1894, p. 282).

	Nombre des cas	Guérisons	Morts
Opérés dans les 12 premières heures après le traumatisme.	13	8	5
Opérés entre 12 et 24 heures.	10	3	7
Opérés deux ou trois jours après	11	3	8

En présence d'une rupture vésicale l'intervention doit donc être pour le chirurgien une règle absolue ; mais cette intervention elle-même que doit-elle être ? quelle est sa nature, quels sont les procédés à employer ? Disons tout de suite que le *cathétérisme uréthral simple*, temporaire ou permanent qui peut être un adjuvant précieux de traitement ne saurait être curatif ; de même le *cathétérisme par le procédé de Thorp* qui consiste à faire passer dans la plaie vésicale le bec d'un cathéter et à vider par ce moyen la collection urineuse, en même temps qu'à faire des lavages répétés du péritoine.

Tout aussi insuffisants sont : la *ponction du cul-de-sac antérectal* par le rectum et la *ponction du ventre au-dessus du pubis* ou bien *dans les flancs*. Ils laissent subsister une mortalité énorme ; car ils ne parent qu'à certaines indications et ne s'attaquent pas aux causes mêmes du mal.

C'est à une intervention beaucoup plus radicale qu'il faut avoir recours : il faut aller à la recherche de la rupture vésicale et en faire la suture quand la chose est possible. Nous sommes obligés de faire cette restriction ; car il est des cas, lorsque, par exemple, la

déchirure est trop étendue, que ses bords sont par trop déchiquetés ou trop friables, où cette suture est impossible et le chirurgien est obligé alors de se contenter de bourrer de gaze iodoformée la cavité vésicale, après un lavage soigneux du péritoine et l'établissement d'une sonde à demeure qui permet un écoulement continu de l'urine.

La première partie de l'opération, la première étape, en quelque sorte, consiste donc dans la découverte de la cavité vésicale et la partie rupturée de celle-ci. Une fois ces constatations faites il ne reste plus qu'à faire la suture.

Notre intention n'est pas de décrire minutieusement les différents procédés : ces opérations sont aujourd'hui bien connues et nous ne saurions si bien les décrire que les maîtres qui en ont posé les règles. Avec Guyon et Albarran, dont nous ne faisons que résumer les paroles, nous rejetons totalement la *voie périnéale* pour aborder la vessie ; car si cette incision conduit directement sur la partie membraneuse de l'urèthre et sur sa portion prostatique, elle ne peut qu'à grand'peine, et en courant le risque de léser l'intestin, permettre d'apercevoir la portion du trigone et le bas-fond vésical et, dans tous les cas, l'étroit espace au milieu duquel se meut l'opérateur ne peut, en aucune façon, lui permettre de suturer une rupture située à ce niveau.

Or, le diagnostic du siège exact de la rupture n'est souvent possible que lorsqu'on a la vessie sous les yeux, pour ainsi dire, et si elle a pu être employée dans certains cas de rupture extra-péritonéale avec

forte infiltration du périnée, il est arrivé bien souvent aux chirurgiens qui s'en étaient servis d'être obligés d'avoir recours à *l'incision hypogastrique*. C'est donc à cette dernière qu'il est préférable d'avoir recours ; car elle permet seule d'explorer avec soin la cavité abdominale, de la débarrasser des caillots et de l'urine qui s'y trouvent épanchés et de suturer la rupture, quel que soit son siège. Mais avant de l'employer il faut, selon la remarque de Guyon, prendre quelques précautions : on doit tout d'abord introduire dans le rectum un ballon de Petersen, rempli de 300 à 350 grammes et il faut avoir soin de le bien placer au-dessus du sphincter anal ; sans quoi il tendrait inmanquablement à s'échapper, à mesure qu'on le remplirait. On doit également donner au blessé la position inclinée, selon la méthode de Trendelenburg ; car cette position présente de nombreux avantages :

1° Elle est un moyen prophylactique contre les syncopes de la chloroformisation ;

2° Elle permet de dérober au malade la vue de l'appareil instrumental et de lui éviter ainsi cette angoisse anté-opératoire si puissante chez certains sujets émotifs ;

3° Avantage beaucoup plus sérieux, les lois de la pesanteur entraînent en bas toute la masse intestinale et préviennent dans une certaine mesure la hernie des intestins au cours de l'opération ;

4° Enfin, point d'une grande importance, on découvre beaucoup mieux la vessie qui tend alors à sortir de sa loge, derrière le pubis.

L'existence d'une fracture du bassin, simple ou double, nous semble encore être une raison suffisante pour faire préférer l'incision longitudinale à l'incision transversale avec résection pubienne, bien que Blum ait montré que celle-ci n'est pas plus grave que l'incision longitudinale, le pronostic opératoire n'étant nullement aggravé par la suture osseuse, et que l'éventration qu'on a observée dans quelques cas est sûrement évitée par le procédé de suture en bourse.

On peut d'ailleurs réunir ces deux procédés et comme règle de conduite nous nous rangeons à l'avis d'Albarran qui conseille d'appliquer en général le procédé de Guyon ; et, suivant les nécessités opératoires, pratiquer, sur la partie inférieure de la plaie, une incision transversale rajoutée, mais sans intéresser toute la largeur des muscles droits, procédé qui, d'après Guyon a le double avantage d'éviter l'éventration et d'élargir le champ opératoire.

Quelquefois encore, dans les cas de rupture de la paroi postérieure, il faut inciser la face antérieure de la vessie pour aller à la recherche de la rupture postérieure et en faire la suture.

La symphiséotomie, croyons-nous, n'a jamais encore été employée dans ces cas : peut-être cependant rendrait-elle des services pour explorer les régions qui avoisinent le col, le trigone et la portion rétro-pubienne de la face antérieure de la vessie.

La rupture bien constatée et, pour ainsi dire, sous les yeux, il faut procéder à la suture : celle-ci pouvant être totale ou partielle. Toutes les fois qu'elle est pos-

sible, la première est préférable et si on ne peut l'employer il faut pratiquer le drainage. Pour cela, avant de fermer notablement la solution de continuité, on insinue dans la vessie la partie courbe des siphons de Guyon, en leur faisant affleurer le trigone. Les tubes placés, on continue les sutures jusqu'à compression solide de ces tubes dans la boutonnière vésicale. On vérifie leur bon fonctionnement et on pratique un lavage toutes les 4 heures environ.

Un adjuvant précieux du drainage est la sonde de De Pezzer laissée à demeure. Ferme et souple, elle présente, avec même volume extérieur que les sondes de Nélaton, un calibre double. Elle se bouche donc moins facilement et sur son extrémité vésicale existe un renflement aplati qui agit vis-à-vis du col vésical comme un bouton vis-à-vis d'une boutonnière. ¶

Il faut veiller à ce que de trop gros caillots ne se forment pas dans la vessie. Pour cela quelques lavages suffisent en général et, au besoin, un mandrin souple servirait d'écouvillon.

De même aussi doit être surveillée l'incrustation calcaire qui est un autre mode d'obstruction des sondes. (Pour juger du degré de dépôt des urates et des phosphates, Guyon indique un moyen très simple : Entre le bout extérieur et le tube conducteur des liquides, on adapte un index en verre qui permet à la simple inspection de surprendre le début de l'incrustation des sels).

Quant aux différentes méthodes employées pour la suture des ruptures, elles sont nombreuses, et chacune

a donné des succès à leurs auteurs ; mais, pas plus que ci-dessus pour la découverte de la vessie et pour les mêmes raisons, nous n'avons l'intention de les décrire toutes. Elles peuvent d'ailleurs se réduire à deux types principaux : celui de Vincent dont les procédés de Brenner, de Géza, de Pozzi, de Lucas-Championnière et de bien d'autres encore ne sont que des modifications et celui d'Albarran et de Guyon.

Pour Vincent il y a lieu d'appliquer deux sutures :

1° La suture séro-musculaire dont les fils comprennent seulement la couche séreuse et musculuse, sans toucher à la muqueuse, 2° la suture séro-séreuse limitée au péritoine viscéral.

Il ne comprend pas dans le premier plan de suture la muqueuse vésicale pour plusieurs raisons : les fils plongés à travers la paroi vésicale peuvent jouer le rôle de drains et aider ainsi l'urine à filtrer dans le péritoine. Une seconde raison qu'il invoque surtout et qui n'a plus de valeur aujourd'hui qu'on se sert de fils résorbables, c'est que ces fils (il employait des fils de lin) peuvent s'incruster de sels calcaires et devenir le point de départ de calculs. Il veut encore qu'on gratte les bords de l'incision pour adosser ensuite les surfaces cruentées de la musculuse.

Albarran, lui, croit tout aussi inutile de tailler en biseau les bords de la plaie vésicale que de faire des sutures compliquées et il se contente d'un double plan de sutures. Le premier, fait avec du catgut, comprend une série de points séparés, distants les uns des autres de 8 à 10 millimètres. Chaque fil est enfoncé à peu

près à 3 millimètres du bord de la plaie et traverse complètement toutes les couches de la paroi vésicale, y compris la *muqueuse*.

Par-dessus ce premier plan qui, à lui seul, lui paraît déjà suffisant, il en fait un second, à la soie, plus superficiel, de renfort et de précaution. Chaque fil plonge dans les couches externes de la vessie, sans toucher à la muqueuse : l'aiguille entre et sort dans un côté de la plaie, passe par-dessus celle-ci et refait de l'autre côté de la plaie le même chemin, en sens inverse. C'est une suture de Lembert. Les fils sont noués au-dessus du premier plan de sutures qui se trouve ainsi complètement caché. C'est ce procédé qui nous semble le meilleur et c'est celui que nous précônisons, en nous appuyant sur les raisons invoquées par Albarran lui-même : « J'ai traversé délibérément la muqueuse, dit-il, parce que c'est plus facile, parce que l'affrontement des bords de la plaie est plus complet, parce que cette manière de faire n'a pas présenté d'inconvénients quand je l'ai employée et qu'elle ne me paraît pas devoir en présenter » (*Les tumeurs de la vessie*, p. 351).

OBSERVATIONS

Il est une remarque, au sujet des premières observations que nous rapportons, que nous tenons à faire tout de suite ; c'est que les médecins américains ont volontiers recours à l'injection d'eau boriquée pour confirmer le diagnostic de rupture de la vessie. Nous avons dit plus haut les motifs qui nous faisaient considérer ce moyen comme dangereux. De plus, plusieurs de nos observations sont incomplètes : nous les avons résumées, cela est vrai ; mais notre résumé a respecté les indications fournies par leur auteur.

OBSERVATION I (résumée).

Rupture traumatique de la vessie, péritonite, mort.
(James Herrick, *Med. News*, 25 fév. 1893).

Le 31 mai 1889, dans l'après-midi, le nommé John D..., âgé de 28 ans, est amené à l'hôpital Cook County pour un violent coup de pied de cheval qu'il a reçu, 24 heures auparavant, dans la région hypogastrique.

Au moment de l'accident il n'était pas ivre, mais n'avait pas uriné depuis cinq heures environ. A son entrée il se plaint de violentes douleurs abdominales et de nausées et

raconte qu'il a eu plusieurs vomissements et qu'un médecin a pu retirer par la sonde « un grand verre de sang pur »?

A l'examen, le malade répond tranquillement à toutes les questions. L'état général n'est pas mauvais. Le pouls est à 120, régulier.

Respiration un peu rapide.

Température : 37°,8.

Les muscles abdominaux sont un peu contractés ; pas de tympanisme. Impossibilité absolue d'uriner. Pas de fracture du bassin.

Le cathétérisme donne quelques gouttes d'un liquide sanglant. On fait le diagnostic de rupture de la vessie et ce diagnostic est confirmé par l'injection de 600 grammes d'eau boricuée (il en ressort 100 grammes environ).

Laparotomie et suture d'une déchirure de la paroi postérieure.

Nombreux caillots autour de la vessie.

Lavage du péritoine. Drainage et sonde à demeure.

Dans les premières heures qui ont suivi l'opération la sonde laisse écouler un peu d'urine. Puis, tout écoulement s'arrête et le lendemain, 1^{er} juin, le malade meurt à 8 heures du soir : 49 heures par conséquent après l'accident et 24 heures après l'intervention.

L'autopsie démontra l'existence d'une péritonite généralisée ; mais les points de suture avaient bien tenu.

OBSERVATION II (résumée).

(James Herrich, *Med. News*, 23 février 1893).

M... F... sujet vigoureux et dans la force de l'âge, est amené le 1^{er} juillet 1889, à l'hôpital Cook County, dans le service du Dr Bayard Holmes. Etant en état d'ivresse, il avait

fait une chute d'environ 4 mètres et s'était contusionné les pieds, la main gauche et la figure. Aussitôt après l'accident il avait éprouvé une violente douleur dans le ventre. Comme il ressentait des envies fréquentes d'uriner et qu'il ne pouvait les satisfaire, un médecin avait été appelé et avait retiré par la sonde « une certaine quantité de liquide sanglant ».

A son entrée à l'hôpital les douleurs abdominales étaient très violentes. On constata l'absence de fracture du bassin et le cathétérisme montra une déchirure de la vessie.

Incision médiane qui montre une déchirure de cinq centimètres $1/2$, située sur la ligne médiane, juste à l'endroit de réflexion du péritoine sur la vessie. La plaie fut suturée à la paroi abdominale. Drainage et sonde à demeure.

Les jours suivants le malade fut pris de délirium tremens et succomba le quatrième jour après l'opération de péritonite septique, comme le démontra l'autopsie.

OBSERVATION III (résumée).

(James Herrick. *Med. News.* 25 février 1893).

Dans la soirée du 18 mai 1890, fut apporté à l'hôpital du Dr C. W. Earle un homme qui depuis longtemps avait des habitudes d'intempérance.

Le lendemain l'infirmière raconta que pendant la nuit le malade s'était plaint de douleurs abdominales et s'était levé souvent pour uriner : lui-même ignorait l'heure de sa dernière miction ; mais racontait que durant la nuit il avait eu des envies fréquentes, qu'il n'avait pu satisfaire.

Soupçonnant une rétention d'urine, on introduit un cathéter qui passe facilement et laisse écouler un liquide fortement teinté (l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de globules sanguins).

Le jet présentait des interruptions et sa force était influencée par les mouvements respiratoires.

À la pression, l'abdomen était douloureux ; mais il n'y avait pas de tympanisme.

Les renseignements obtenus du malade sont nuls : il ne se souvient de rien. On constate seulement les traces d'une contusion toute récente au genou droit et on apprend par un ami que la veille de son entrée à l'hôpital le malade avait été vu par un médecin qui avait fait une ordonnance pour *douleurs dans le ventre*.

La température est à 37°.

Le pouls à 120, petit.

Un confrère appelé en consultation se prononce contre l'opération et ordonne des stimulants et le repos au lit. Le cathétérisme est fréquemment pratiqué par l'infirmière et il ne sort de liquide que lorsque le malade contracte ses muscles abdominaux ou qu'on appuie sur le ventre.

La température est à peu près la même : 37°5.

Les forces diminuent rapidement et le malade meurt le jour même, dans la soirée.

A l'autopsie, pratiquée 12 heures après la mort, on trouva un peu de liquide sanguinolent, de nombreux caillots et des traces de péritonite, en même temps qu'un dépôt fibrineux sur les intestins.

La face postérieure de la vessie avait une déchirure, à bords déchiquetés, de 6 centimètres de long.

OBSERVATION IV

(Herrick. Med. News, 25 févr. 1893).

Le blessé fut transporté moribond à l'hôpital Cook County. On ne put avoir de renseignements. On put seulement ap-

prendre qu'à la suite d'une chute il se plaignait depuis quelques jours de douleurs abdominales. Il mourut peu d'heures après son admission, sans qu'on eût porté de diagnostic.

L'autopsie montra une rupture intra-péritonéale de la vessie et de la suppuration localisée.

Si nous rapportons ce cas qui ne fut diagnostiqué qu'à l'autopsie et où manquent toutes sortes de renseignements, c'est simplement pour montrer la gravité des ruptures méconnues.

OBSERVATION V (résumée).

(Herrick. *Med. News*, 25 février 1893).

Maggi M..., fait une chute d'environ 10 mètres de haut, le 13 janvier 1890. Immédiatement transportée à l'hôpital Cook County, service du Dr W. F. Knoli, on constate qu'elle est dans un état d'inconscience complet.

La respiration est rapide et faible. Du sang s'écoule par les oreilles. Le pouls est filiforme, inégal.

Par la sonde on retire 100 grammes environ d'urine sanguinolente et une injection d'eau boricuée ne ressort qu'en faible quantité.

Une incision sur la ligne médiane démontre une déchirure de la face antérieure de la vessie et à travers celle-ci on peut en voir une seconde sur la face postérieure.

En même temps on constate une fracture du pubis.

La cavité péritonéale qui contenait de nombreux caillots est soigneusement lavée ; on fait la suture des deux déchirures et on laisse une sonde à demeure.

La malade mourut le jour même, sans avoir repris connaissance et opposition fut mise à l'autopsie.

Le cas ci-dessus présentait une gravité toute particulière, puis qu'il y avait une double rupture et peut-être même fracture concomitante du crâne, (hauteur de la chute, écoulement de sang par les oreilles).

L'intervention n'avait donc guère de chance d'être efficace.

OBSERVATION VI (résumée).

(Herrick. Méd. News, 25 février 1893).

Un peintre, dans la force de l'âge, fut frappé dans la région hypogastrique par une barre de fer. On retira de la vessie de l'urine sanglante en petite quantité, et l'injection d'eau boriquée démontra une rupture de la vessie.

On fit sur la ligne médiane une incision qui permit d'évacuer une certaine quantité de liquide sanguinolent. Comme la première incision ne suffisait pas, on en fit une seconde, latérale, qui fit découvrir une rupture de 2 centimètres $1/2$ du col de la vessie.

Cette déchirure fut suturée et une sonde laissée à demeure. Les jours suivants le malade fut pris de délirium tremens et il succomba dans le collapsus, le cinquième jour après l'opération.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION VII (résumée).

(Herrick, Méd. News, 25 février 1893).

Le 11 juin 1892, une femme, âgée de 35 ans, est admise à l'hôpital pour de violentes douleurs dans la tête. La veille

elle avait eu une défaillance et était tombée, se blessant au ventre et à la tête.

Le diagnostic de rupture de la vessie ne fut pas porté et ce n'est qu'à l'autopsie pratiquée le 15 juin qu'on trouva sur la face postérieure, près du fond, une déchirure de 2 centimètres $1/2$, à bords friables, non enflammés. La cavité abdominale renfermait un liquide limpide, d'odeur urineuse et le péritoine ne présentait pas de traces évidentes de péritonite.

La malade avait succombé à une hémorrhagie cérébrale.

Ces deux dernières observations sont tout à fait incomplètes : l'observation VI ne nous dit pas combien de temps après l'accident fut faite l'opération et l'absence d'autopsie nous enlève toute sorte de renseignements, tant sur l'étendue et la nature de la lésion, que sur la cause réelle de la mort.

Dans l'observation VII, le diagnostic n'avait pas même été porté.

OBSERVATION VIII (résumée).

(Degen, Münch. med. Woch., 28 janvier 1896).

Un homme, après de copieuses libations de bière, tombe sur un obstacle portant sur le périnée. Le lendemain il est trouvé dans le collapsus et on porte le diagnostic de rupture de la vessie, à cause des commémoratifs : violente douleur dans la région vésicale, ténésme, anurie complète ; la sonde ne ramenant que du sang pur.

Le ventre ouvert, on trouve le péritoine irrité et contenant de l'urine. La face postérieure de la vessie est déchirée sur une longueur de cinq centimètres.

Suture. Drainage du péritoine avec des compresses stérilisées. Pas de cathétérisme.

Le malade guérit en 14 jours.

OBSERVATION IX (résumée).

« Rupture extra-péritonéale de la vessie. Guérison.

Raymond Petit, interne de M. Le Dentu.

(In Annal. Genit. Urinaires. Année 1897 page 649).

J... L... âgé de 30 ans, terrassier, entre le 11 mai 1896 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne, n. 17, pour un traumatisme de la région lombaire et du bassin.

Cet homme qui conduisait à pied un fort camion, fut renversé par son cheval. Il tomba à terre et fut violemment serré, le côté droit du bassin contre le trottoir, le flanc gauche contre la roue du véhicule, qui le heurta obliquement. A ce moment le malade avait besoin d'uriner depuis quelques instants.

A son entrée on constate une forte ecchymose dans la région lombaire du côté gauche et une fracture de la douzième côte gauche, avec douleur vive et bien localisée. Cet homme a uriné spontanément ; mais peu : 100 grammes environ d'urine sanguinolente.

Dans la journée du 14 mai, il n'urine plus et se plaint de douleurs vives généralisées à tout l'abdomen ; les muscles de la paroi sont fortement contracturés et ne permettent pas l'exploration du ventre. Etat général mauvais ; traits tirés ; yeux encavés et cernés. Dans la soirée il émet seul quelque peu d'urine sanglante.

Le 12 mai. — A la visite, le malade accuse une sensibilité extrême du ventre, qui est un peu ballonné ; il a eu pendant la nuit des crampes dans les jambes et n'a pas uriné. Le ventre est fortement contracté, sonore à la percussion, sauf à la partie inférieure où l'on trouve de la matité remontant à

trois travers de doigts au-dessus du pubis, un peu plus haut à droite qu'à gauche.

Le cathétérisme, d'ailleurs facile, évacue environ 100 grammes de liquide mêlé de sang noir. Le malade n'a pas eu d'ailleurs un seul vomissement, mais il a le facies péritonéal et souffre beaucoup du ventre.

Devant ces symptômes, M. Le Dentu décide une intervention.

Opération. — Incision médiane sous-ombilicale. Après avoir sectionné la ligne blanche, on remarque une infiltration sanguine d'autant plus accentuée que l'on descend plus bas vers la symphise pubienne. Sans ouvrir le péritoine, M. Le Dentu dirige son intervention de ce côté et tombe sur une énorme cavité remplie par 2 litres d'urine et de sang mélangés. En explorant avec le doigt, on sent nettement le péritoine pelvien décollé et refoulé en haut ; les parties latérales de cette cavité sont formées par le bassin, et le doigt arrive facilement sur l'aponévrose de l'obturateur interne, de chaque côté. Au fond de la plaie se trouve la vessie, rompue longitudinalement depuis son sommet jusqu'à 1 centimètre du col ; l'organe est complètement étalé et on n'en touche que la face muqueuse ; en bas, on perçoit un petit *infundibulum* de 14 centimètres de profondeur à peine qui représente le col de la vessie.

L'intervention est arrêtée là ; on vide et on lave à l'eau boricquée la cavité et après avoir suturé par deux ou trois points au catgut de chaque côté les bords de la plaie vésicale aux bords de la plaie opératoire, M. Le Dentu tamponne à la gaze iodoformée l'espace compris de chaque côté entre la vessie et la paroi pelvienne. Un drain, faisant siphon dans un urinal, est placé dans ce qui reste de la vessie, et la partie supérieure de la plaie est suturée à la soie avec des points

profonds. Toute tentative de suture immédiate de la vessie fut repoussée : d'une part, parce que l'organe était très profondément situé et difficilement accessible, d'autre part, à cause de l'étendue de la rupture qui allait jusqu'au col, enfin, parce que les parois vésicales friables et infiltrées ne résistaient pas aux tractions des fils.

Dans la journée, le malade a eu quatre vomissements sans caractères précis ; le soir, injection intra-veineuse de 800 grammes de sérum.

Le 13 mai. — Pas de vomissements. Le drainage sus-pubien a donné 500 gram. d'urine peu sanglante. Nouvelle injection de 500 gram. de sérum.

Le 14 mai. — Nouvelle injection de 600 gram. de sérum. Au drainage sus-pubien on ajoute une sonde à demeure dans l'urèthre et on fait un lavage boriqué de deux litres. Le liquide injecté par la sonde sort par le drain.

Les jours suivants l'état général s'améliore.

Le 18 mai. — On enlève les fils, la plaie est réunie en haut ; à la partie inférieure, le dernier point est infecté et n'a pas repris.

Dans les jours qui suivirent le malade fut pris de broncho-pneumonie qui guérit rapidement. Il eut du délire, avec un peu d'agitation, retira la sonde, défit son pansement à plusieurs reprises et finalement quitta l'hôpital le 24 août, complètement guéri.

Avant sa sortie, on avait examiné sa vessie au cystoscope, et il avait été impossible de retrouver la cicatrice vésicale.

Les deux cas ci-dessus sont deux remarquables exemples de l'efficacité de l'intervention. Bien que le malade de l'observation XIX ait présenté des compli-

cations, (délire, broncho-pneumonie) le succès a été complet.

OBSERVATION X (résumée).

Rupture traumatique de la vessie.

(Percival. Brit. med. Journal, 22 mai 1897).

Le 20 février, à 11 h. du soir, le nommé T. F. reçoit dans une rixe, un violent coup de pied dans le bas-ventre. Il entre à l'hôpital le lendemain, 21 février, à 10 h. 30 du matin. D'après les renseignements qu'il fournit la vessie devait être pleine au moment de l'accident. Pendant la nuit il a uriné une petite quantité de sang ; mais au moment de son entrée à l'hôpital, la miction est impossible et il se plaint de violentes douleurs dans le ventre.

Par le cathétérisme on retire 470 grammes de liquide sanguinolent.

On fait une injection de 180 grammes d'eau boriquée et la sonde ramène 240 gramm. environ de liquide sanguinolent. En présence de ce résultat, le diagnostic de rupture de la vessie reste incertain et on remet l'opération. Mais à 6 heures du soir, comme les troubles persistent et vont même en augmentant, on fait une nouvelle injection de 750 grammes d'eau boriquée. Au bout de 20 minutes 330 grammes seulement de liquide sanglant sont expulsés. On décide alors d'intervenir et à 7 h. du soir on fait une laparotomie qui montre une déchirure de 10 centim. de long, au niveau de la face supérieure de la vessie.

Lavage soigneux du péritoine et suture de la plaie vésicale

Trois jours après suppression de la sonde à demeure : le malade urine bien. Mais le lendemain des signes de péritonite éclatent brusquement et le malade meurt en quelques heures : le 4^e jour, par conséquent, après l'opération.

L'autopsie montra la déchirure de la vessie complètement fermée et une péritonite généralisée.

L'intervention n'avait eu lieu que 18 heures après l'accident. Plus hâtive, elle aurait peut-être donné un plein succès.

OBSERVATION XI (résumée).

Rupture traumatique de la vessie. Guérison spontanée. (Dr Drappier. Journ. des Sciences méd. de Lille, 10 décembre 1898, in Annal. Gén. urin. Juin 1899).

Le nommé D..., cultivateur, âgé d'environ 55 ans, conduisant ses chevaux à l'abreuvoir, était monté sur l'un d'eux, lorsque ce dernier, faisant un écart brusque, renversa son cavalier à terre au milieu des autres chevaux. Il fut piétiné par eux et reçut, outre quelques contusions sans gravité, un coup de pied violent dans la région de l'hypogastre. Cet homme était légèrement ivre. Avant de monter à cheval, il avait bien éprouvé une assez forte envie d'uriner ; mais il n'avait pas satisfait ce besoin. Le blessé, très agité, le teint pâle, le pouls petit, rapide, filiforme, se plaint de douleurs atroces dans le bas-ventre et d'envies continuelles d'uriner. La région hypogastrique est très douloureuse, légèrement ballonnée. Par l'urèthre, il s'écoulait un peu de sang et après de violents efforts et une atroce douleur il sortit un caillot allongé, du calibre de l'urèthre. Le ténésme vésical persiste, pas d'émission d'urine, bien que le blessé n'ait pas uriné depuis plusieurs heures.

Une sonde molle est introduite dans la vessie sans difficulté ; mais il n'en sort qu'un peu de liquide sanguinolent. On injecte 100 grammes d'eau boriquée qui n'est pas expulsée. En plusieurs fois on injecte environ 500 grammes d'eau boriquée qui n'est pas expulsée.

Le diagnostic de rupture de la vessie est porté et un confrère, le Dr Bourg, est appelé pour l'opération.

A son arrivée le malade dormait. Peu après il urina un peu de liquide sanguinolent. Les douleurs étaient un peu calmées. Après 6 ou 7 heures, il urinait sans difficulté : les douleurs étaient peu intenses, l'état général bon. Au bout de cinq jours la guérison était complète et le malade avait repris son travail.

L'observation ci-dessus de guérison spontanée survenue si rapidement ne nous paraît pas bien probante et nous avons de la peine à admettre qu'une rupture de la vessie puisse laisser dormir d'un sommeil si tranquille, quelques heures après s'être produite, et guérir aussi vite.

OBSERVATION XII (résumée).

Ruptures sous-péritonéales de la vessie. indépendantes de fractures du bassin.

(Lohéac, interne des hôpitaux (Soc. anatomo-clinique de Lille),
in Ann. génit.-urin. juillet 1899).

L... D... cocher, entre le 20 juin 1898 dans le service du professeur Duret.

La veille au soir, il montait un très fort cheval, quand celui-ci se cabra et tomba, entraînant Louis D..., dans sa chute. Ce dernier fut projeté à terre, sur le dos, et la croupe du cheval vint s'abattre sur la partie intérieure de son ventre, au niveau du pubis.

Malgré une douleur très vive dans le bas-ventre, il put, avec l'aide de quelques amis, regagner son domicile qui était voisin.

A son entrée à l'hôpital, vingt-quatre environ après l'accident, notre attention est tout d'abord attirée par une vaste ecchymose occupant toute la région sous-ombilicale de l'abdomen, plus accentuée dans les flancs et s'étendant à la partie supérieure et interne des cuisses.

Les organes génitaux externes présentent aussi une coloration ecchymotique, mais beaucoup moins intense.

Tout l'abdomen est douloureux à la pression ; la douleur paraît être très superficielle. Il ne semble pas y avoir de lésions viscérales. Depuis l'accident, le malade a eu deux selles normales, quoique peu abondantes. Les voies urinaires semblent indemnes ; le malade a uriné à plusieurs reprises devant nous d'une petite quantité d'urine limpide, sans traces de caillots ni de sang.

Il existe une fracture du pubis.

L'état général est satisfaisant. Le malade répond à toutes les questions. La langue est humide. Le pouls est fort, régulier, bat à 90.

Pas de dyspnée.

Le 21 juin. — Le ventre est plus tendu, la teinte ecchymotique est plus accentuée. L'hématome pariétal est plus abondant et a déterminé une éraillure de quelques millimètres.

Etat général moins bon.

Le 22 juin. — Mauvaise nuit. Odeur urineuse intense. A peine 100 gram. d'urine depuis vingt-quatre heures. Nous essayons à plusieurs reprises et avec des sondes de calibres différents de nous rendre compte de l'état de réplétion de la vessie, mais il nous est impossible d'y pénétrer : la sonde est arrêtée à 21 centim. du méat par un obstacle infranchissable.

Pressé de questions, le malade avoue plusieurs blennor-

rhagies à la suite desquelles le jet de son urine a considérablement perdu de sa force et de son ampleur.

Etat général plus mauvais. Pouls petit, à 110.

Dyspnée. Le faciès est tiré, la langue sèche. L'abdomen est de plus en plus dur. Au-dessus du pubis, voussure appréciable à la vue et au palper. Œdème de la région sus-ombilicale et de la face interne des cuisses. Le professeur Duret décide la cystostomie sus pubienne, après avoir essayé inutilement de sonder le malade sous chloroforme.

L'ouverture de la cavité de Retzius laisse échapper un flot de liquide citrin, d'odeur urineuse, mélangé d'un peu de sang coagulé.

On recherche la vessie, qu'on trouve difficilement ; en effet, celle-ci est petite, rétractée, cachée derrière la symphise ; en outre, toute la région est laiteuse, remplie de caillots ; la vessie est fortement repoussée à droite par un hématome sous-péritonéal. A l'aide d'une pince de Museux, on attire la vessie au dehors et, malgré l'exploration la plus attentive, on ne trouve pas de rupture appréciable.

On l'incise parallèlement à son grand axe sur une largeur de quelques centimètres, et on essaye vainement le cathétérisme rétrograde.

On place alors deux tubes de Périer accouplés et fixés aux téguments et on pratique la cystotomie sus pubienne, selon les règles ordinaires.

Les jours suivants, 23 et 24 juin, on constate que les tubes de Périer ont parfaitement fonctionné. L'urine expulsée est normale, sans caillots sanguins ; mais l'état général est mauvais.

Le 25 juin le malade meurt.

Autopsie. — L'intestin présente plusieurs perforations. L'urèthre ne présente pas de lésions de continuité, mais à

l'extrémité supérieure de la portion membraneuse existe un rétrécissement canaliculaire, long de 7 à 8 millimètres, pouvant à peine laisser passer un stylet de très petit calibre. Ses parois, au niveau du rétrécissement, sont fibreuses, presque crétacées.

La vessie est petite, rétractée. Elle contient une petite quantité d'urine limpide. Pas de fausses membranes. Pas de caillots. Sa face antérieure et sa face latérale gauche sont contractées et ne présentent pas de solution de continuité. Il n'en est pas de même au niveau de la face postérieure et latérale droite.

a). — A l'union de sa face latérale droite et de sa face postérieure, à 3 centimètres environ du bas-fond, on voit une rupture de 15 millimètres de long sur 6 millimètres de large, oblique en bas et en arrière. A ce niveau, la muqueuse et la couche membraneuse sous-jacente sont rompues ; dans le fond de la déchirure on voit une mince épaisseur de fibres musculaires. Le péritoine n'est pas intéressé.

b). — Un peu plus en dedans existe une seconde rupture, celle-ci à peu près verticale, presque linéaire, longue de 7 à 8 millimètres. La muqueuse est complètement rompue, mais la couche musculieuse ne paraît déchirée que dans ses places sous-muqueuses. Cependant, un stylet introduit par son orifice pénètre jusqu'au niveau du péritoine.

c). — Plus en dedans encore, au milieu de la face postérieure de l'organe, existent plusieurs déchirures n'intéressant que la muqueuse. L'une d'elles a la forme d'un trèfle ; à côté de celle-ci existe un groupe de trois petites ruptures linéaires, mais allant jusqu'aux couches moyennes de la musculieuse.

Ajoutons que sur tout le pourtour de la vessie, le tissu

cellulaire sous-péritonéal est infiltré de caillots sanguins noirâtres.

L'hématome est surtout abondant au niveau de la face latérale gauche de la vessie où il acquiert le volume du poing, refoulant à la fois le péritoine et la vessie qui est reportée à droite. Du reste l'infiltration sanguine a suivi la gaine des vaisseaux jusqu'au niveau de la pointe du triangle de Scarpa.

Il existe quatre fractures du bassin.

Les ruptures vésicales nous semblent indépendantes des fractures du bassin.

Dans cette observation où la rupture ne fut pas trouvée au cours de l'opération, il est bien probable qu'elle était consécutive à la rétention d'urine. Si nous l'avons rapportée, c'est parce que cette rétention, suivie de rupture de la vessie, avait été causée par un traumatisme.

OBSERVATION XIII (résumée).

Rupture de la vessie par coup de pied de cheval. Guérison sans intervention. (Sieur. In bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 18 juill. 1899.)

Le nommé L..., trompette au 7^e régiment de cuirassiers, reçoit au niveau du bas-ventre, le 4 mai 1895, à 8 heures du matin, un coup de pied de cheval lancé à toute volée. Transporté immédiatement à l'infirmerie, on lui appliqua un bandage de corps afin d'immobiliser l'abdomen et on lui donna deux pilules d'opium de 3 centigrammes.

Arrivé dans notre service à l'hôpital Desgenettes, deux heures après son accident, nous trouvons L..., dans l'état

suivant : c'est un homme robuste, intelligent, qui nous raconte qu'ayant reçu l'ordre de faire avancer un cheval qui venait de se fracturer le membre postérieur gauche, il se tenait à un mètre environ derrière lui et le stimulait à l'aide d'une baguette, quand l'animal s'étant soulevé brusquement sur les pattes de devant, lui avait envoyé avec le membre postérieur sain un coup de pied qui l'avait renversé à terre.

Bien que pris immédiatement d'une violente douleur dans le bas-ventre, il avait pu se relever en se soutenant l'abdomen avec les mains, mais à peine avait-il fait quelques pas que l'intensité de la douleur le forçait à s'agenouiller et il serait tombé à terre sans l'aide de ses camarades. A aucun moment cependant il n'a perdu connaissance ; il a eu quelques nausées, mais pas de vomissements."

A l'heure actuelle (deux heures environ après l'accident), la face est pâle, les traits sont tirés, mais la respiration est ample, régulière ; le pouls bat 64 à la minute. Les extrémités sont froides et le malade se sent frissonnant.

Le ventre mis à découvert, on note, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la symphise pubienne, une trainée rose à direction transversale et de 7 centim. de long qui indique le point atteint par le sabot du cheval.

La douleur éprouvée par le blessé est comparée par lui à une sorte de déchirure profonde ; elle est spontanée, s'exagère par les grands mouvements respiratoires, les déplacements du corps et surtout par la pression et la palpation de l'abdomen. Dès qu'on applique la main sur la paroi abdominale, les muscles entrant immédiatement en contraction, bien que la douleur ne soit vraiment intolérable qu'au niveau de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus de la symphise pubienne.

Percussion normale. Pas de matité au niveau de la région

vésicale, ni dans les deux fosses iliaques, ni dans les flancs.

Le point sur lequel semblait s'être concentré tout l'effort du traumatisme correspondant à la zone habituellement occupée par la vessie en état de réplétion, notre attention se porte de ce côté. Le malade nous apprend qu'il a uriné à cinq heures du matin, qu'il a pris un quart de café avant de se rendre sur le terrain de manœuvres et qu'il avait besoin d'uriner lorsqu'il a reçu le coup de pied. Depuis son traumatisme il n'a pas uriné, bien que le besoin soit allé croissant.

Invité à faire quelques efforts modérés de miction, il éprouve aussitôt une douleur plus vive et ne peut émettre une seule goutte d'urine.

Après désinfection immédiate de la verge, du méat et lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boricuée et au permanganate de potasse, on introduit une grosse sonde de Nélaton. L'introduction est facile, mais ne ramène que quelques gouttes d'urine sanguinolente.

On porte le diagnostic de rupture de la vessie, mais en présence de l'état général qui est bon, on décide d'attendre quelques heures et on laisse la sonde à demeure en entourant son extrémité libre de compresses stérilisées.

Comme traitement : diète absolue, injection de morphine et vessie de glace sur le point traumatisé.

A 2 heures de l'après-midi, respiration régulière, pas de nausées. Pouls 64. Température 37.3.

80 gram. d'urines claires ont été émises par le malade. Seules les compresses sont un peu teintées. L'état général est bon.

Les jours suivants la quantité d'urines émises augmente, l'état général se maintient bon et s'améliore même. On fait quelques injections d'eau boricuée et de permanganate pour

combattre un léger écoulement urétrhal que la sonde à demeure avait réveillé.

Le 9 mai on retire définitivement la sonde qui n'était plus tolérée. Le malade urine 1.000 centim. cubes, sans douleur, sans efforts et après un mois et demi, il quittait l'hôpital, complètement guéri, non sans avoir présenté cependant quelques symptômes d'urétrhite postérieure, d'épididymite et de cystite du col qui cédèrent facilement au traitement.

Nous avons là un exemple de guérison spontanée ; nous ne pensons pas qu'il fût sage de compter, dans des cas analogues, sur une aussi heureuse terminaison.

OBSERVATION XIV (résumée)

Rupture de la vessie. Guérison.

(Delamarre, in Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie
11 juillet 1899).

Le 17 novembre 1897, M. J..., sous-lieutenant au 17^e d'artillerie, tombe de cheval au polygone : son pied reste pris dans l'étrier. Il est traîné pendant 25 mètres environ et reçoit plusieurs ruades pendant le trajet.

Le blessé souffre beaucoup et ne peut se relever.

Il est transporté à l'hôpital et on constate, outre quelques traces de contusions, un épanchement considérable du scrotum. Les jours suivants, vives douleurs dans l'hypogastre.

Il sort à peine quelques gouttes d'urine, mélangées de sang ; mais pas d'urétrorrhagie en dehors des mictions.

Matin et soir le malade est sondé avec facilité.

Le 25 novembre. — L'épanchement scrotal est résorbé; mais il existe un gonflement notable de la région inguino-crurale qui envahit bientôt le périnée.

La température monte à 39°. Un peu d'oppression.

Le diagnostic d'infiltration urinaire est évident. On fait une incision au périnée qui donne issue à de l'urine, à des gaz et à des portions de tissu cellulaire sphacélé.

Une deuxième incision est pratiquée dans le pli génito-crural.

On fait une injection dans la vessie et le liquide revient par les incisions périnéales.

La température baisse et revient à la normale.

Les jours suivants on continue les injections jusqu'au 15 décembre. A partir de ce jour elles ne reviennent plus par la plaie du périnée qui est complètement cicatrisée le 20 décembre.

A partir de ce jour, le malade a été de mieux en mieux et le 20 janvier il était complètement guéri.

Ici encore la rupture n'a dû être que secondaire.

OBSERVATION X V (inédite).

Bouglé, chirurgien des hôpitaux et Jalaguier, interne des hôpitaux.

Le 23 novembre 1899, à 10 heures du soir, le nommé Léon G..., âgé de 47 ans, reçoit dans le ventre un violent coup de tête. Il tombe, puis se relève et se rend en voiture au commissariat de police d'où on le conduit à l'hôpital Saint-Antoine, où il est admis, salle Blandin.

Le 24 novembre. — Au matin, le malade a le faciès pâle

d'un homme qui a eu une assez forte hémorrhagie. Il souffre dans tout le ventre, assez modérément d'ailleurs ; à l'interrogatoire il répond en signalant comme régions particulièrement sensibles : l'épigastre, les reins et l'hypogastre. La palpation augmente la douleur. Le malade dit avoir reçu le coup dans la région ombilicale. Le ventre n'est pas ballonné mais un peu tendu, surtout autour de l'ombilic,

La miction est impossible et le malade dit qu'au moment de l'accident il n'avait pas uriné depuis deux heures, c'est-à-dire huit heures avant l'accident. Le malade a une sonde à demeure placée depuis l'heure de son entrée à l'hôpital. L'interne de garde a retiré, paraît-il, un litre de liquide fortement hématique.

Au moment de l'examen le malade rend goutte à goutte un liquide sanglant, ne se coagulant pas dans l'urinal.

La température est normale ; le pouls est à 112, faible, mais régulier.

La langue est sèche. Pas de nausées. Le malade raconte que quatre ans auparavant il a déjà reçu un coup de tête dans le ventre et qu'à la suite de ce choc il a pissé du sang pendant quinze jours. Il fut alors soigné à l'Hôtel-Dieu par le simple repos et guérit sans incident.

La question de l'intervention est discutée, mais le malade paraissant mieux que la veille, et les signes de contusion étant diffus, sans qu'on puisse dire s'ils prédominent au niveau de l'intestin ou de l'appareil urinaire, on décide d'attendre. Glace sur le ventre. Sonde maintenue à demeure. 1500 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée

Suppression de toute boisson.

Le soir, à 6 heures 1/2, le malade est pris de vomissements bruns, à odeur fécaloïde, qui se répètent plusieurs fois dans la nuit.

Pas de température.

Le 25 novembre. — Les nausées persistent. Faciès nettement péritonéal.

Pouls à 136, irrégulier et filant. Langue sèche. Température normale.

La douleur abdominale est beaucoup plus vive, le ventre plus ballonné.

Par la sonde à demeure s'est écoulé, raconte l'infirmière, près de trois litres (?) de liquide fortement sanglant.

Il y a des signes évidents de péritonite, l'intervention est décidée et pratiquée sur le champ.

Laparotomie médiane à la hauteur de l'ombilic pour voir s'il n'es'agit pas d'une lésion de l'intestin ou de l'estomac. Un examen complet et aussi rapide que possible permet de constater qu'il n'y a pas de rupture intestinale. Mais du sang vient manifestement du bassin. L'incision est prolongée jusqu'au pubis et refermée en haut. On constate alors qu'il existe une rupture de la paroi postérieure de la vessie et une grande quantité de caillots en arrière, entre la vessie et la masse intestinale. Evacuation des caillots. La plaie vésicale étant très basse, la suture d'arrière en avant présenterait les plus grandes difficultés ; à cause de cela la vessie est ouverte sur sa paroi antérieure, dans l'intention de suturer la paroi postérieure de dedans en dehors. A ce moment le malade est tellement faible, que la suture n'est pas tentée. Tamponnement à la gaze iodoformée derrière la vessie pour faire l'hémostase ; gaze et drain dans la vessie sortant par l'incision antérieure. Sonde à demeure.

Injection de 1500 grammes de sérum pendant et après l'opération.

Le malade meurt à cinq heures de l'après-midi, sans avoir pu se remonter.

Autopsie médico-légale par M. Thoinot. — La face antérieure de la vessie a été incisée et suturée à la paroi abdominale : la face postérieure présente une déchirure longitudinale de 6 centim. 1/2 de long. Elle est complète et les bords en sont mous et friables. Les faces latérales et l'urètre sont sains, du moins en apparence, et il n'existe ni tumeurs, ni lésions dans les organes du bassin et dans la paroi.

Les caillots sont très nombreux (125 grammes, au moins) et dans le petit bassin nombreuses trainées de sang qui a fusé dans la cavité péritonéale, et jusque sur la face supérieure du foie.

Les reins sont sains, mais celui de droite est entouré de nombreux caillots sanguins.

Cette observation nous montre une fois de plus les difficultés, en même temps que l'importance, qu'il y a à porter un diagnostic rapide. La malade avait perdu une grande quantité de sang. Pratiquée plus tôt l'opération aurait pu assurer la guérison.

De cette étude que nous venons de faire et des observations que nous rapportons, nous nous croyons autorisés à porter les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

I. — A l'exception de quelques cas rares et très bénins dont la guérison se fait spontanément, le pronostic de la rupture de la vessie est presque fatal, si l'on n'intervient pas chirurgicalement et cette intervention, pour être *curative*, devra être aussi *hâtive* que possible, les chances de guérison diminuant de beaucoup après un laps de temps variable, mais qui ne dépasse guère 10 à 12 heures.

II. — Lorsque les accidents ne paraissent pas immédiatement menaçants, il y a intérêt à attendre pour intervenir, que le blessé ne soit plus dans la phase de shock.

III. — Pour la découverte et l'exploration de la vessie, la méthode de choix sera l'incision hypogastrique de Guyon, combinée ou non, suivant les cas, avec celle de Trendelenburg.

IV. — Le meilleur procédé de suture est celui d'Albarran : 1° plan profond traversant toute la paroi, même la muqueuse, 2° plan superficiel, uniquement de renfort ou de précaution.

V. — Que la rupture soit intra ou extra-péritonéale, sa suture immédiate et complète devra être le but idéal à se proposer.

VI. — Si la *déchirure* ne peut être suturée, il faudra faire le drainage de la vessie à l'aide des tubes siphons et laisser une sonde à demeure, de préférence, celle de De Pezzer.

VII. — La médication générale devra être employée concurremment, mais sans que jamais celle-ci fasse négliger ou retarder l'intervention chirurgicale.

Vu : le Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Traité des tumeurs de la vessie. Paris, 1891.
- BARTELLS. — Mémoire sur les traumatismes de la vessie.
- BERNDT. — Arch. f. Klin. Chirurg., 1899, t. LVIII.
- BLUM. — Archiv. génér. Médecine. Juillet 1888.
- BONNET. — Sepul. Anat. 1700, livre III.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales.
- BRENNER. — Archiv. f. Klin. Chirurg., 1887, t. XXXV.
- CHABOUREAU. — Thèse de Paris, 1872.
- CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires.
- DESAULT. — Traité des maladies urinaires, t. III.
- DIETZ. — Thèse de Paris, 1890.
- DUPUYTREN. — Lancette française, 1828, t. I.
- FERRATON. — Thèse de Paris, 1883.
- FOLLET. — Bulletin méd. du Nord, 1886.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1892, t. II.
- G. DEL GRECCO. — La Settim. del. sperim., juin 1898.
- GUYON. — Annales des maladies des organes génit. urin.,
années 1884 et 1891.
- Progrès médical, 1887.
- Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate.
- HELFERICH. — Archiv. f. Klin. Chir., t. XXXVIII.

- HOUEL. — Thèse d'agrégation, 1857.
- JAMAIN. — Dictionnaire de méd. et chir. pratiques, 1892,
t. II.
- JAMIN. — Dictionnaire Dechambre, t. XXXIX.
- LAUGIER. — Dictionn. en 30 volum. t. XXX.
- LEGOUEST. — Traité de chirurgie d'armée.
- LESUR. — Thèse de Paris, 1888.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bullet. Société Chirurg. mars
1889.
- MALTRAIT. — Thèse de Lyon, 1881.
- MONOD. — Bullet., Société Chirurg., juillet 1883.
- PERCY. — Dictionn. des sciences médicales.
- PEZZER (de). — Bullet. Méd., 1892.
- POZZI. — Bullet. Société Chirurg., mars 1889.
- SEXE. — Thèse de Lyon, 1894.
- SIEUR. — Archiv. génér. de médecin., févr. et mars 1894.
- STUBENRAUCH. — Langenbeck's, archiv. 1895. t. L. I.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 1894, t. III.
- TRENDELENBURG. — Berl. Klin. Woch. n° 2.
- TUFFIER. — Traité de chirurgie. t. VII.
- ULLMANN. — Viener med. Woch. 1887.
- VELPEAU. — Dictionn. en 30 volum., t. I.
- VINCENT. — Revue de chirurgie. juin 1881.
- VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des maladies des voies
urinaires.
- VIDAL DE CASSIS. Traité de pathologie 1855. t. IV.
- WEIR. — New-Y. méd. Record 1883.



